

# 問 診 票

記入日 年 月 日


フリガナ **モリモト ハナコ**

男  女

名前 **森本 花子** 1 歳 3 ヶ月  令 30 年 9 月 24 日生  
(お子さんの名前)

現住所 **丸亀市城東町〇〇番地**

☎ 〇〇-〇〇〇〇

〇〇〇 幼・保・学
-----------

その他の連絡先 ※県外の方はご実家の連絡先を記入して下さい

☎ 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇  
(必ず2カ所の電話番号をご記入下さい)

本日、受診された理由(主訴)

( 例)〇月〇日から38.5℃の熱、咳がでている  
例)〇月〇日から顔、体にブツブツがでている )

※乳幼児の方はご記入ください(出生体重は全員ご記入ください)

<b>周産期</b>
妊娠中の状態 異常なし・( )
<b>出生時</b>
出産した病院名( 〇〇産婦人科 )
出生体重( 〇〇〇〇 g 予定より( 日 [ 早・遅 ] )
分娩 ( 正常・骨盤位・ <input checked="" type="radio"/> 帝切 )
仮死 ( <input checked="" type="radio"/> 無・有 ) アプガースコア ( 点 ) ↑母子手帳に記入があれば書いて下さい
その他 ( <b>心疾患など</b> )
<b>発育</b>
頸定( 3 ヵ月 ) ・ 坐位( 6 ヵ月 ) ・ ハイハイ( 9 ヵ月 )
立位( 11 ヵ月 ) ・ 独歩( ヵ月 )
<b>乳児期の栄養 (例)</b>
母乳のみ : 1日 <u>8~9</u> 回
ミルクのみ : 1日 <u>7~8</u> 回 1回量 <u>120</u> ml
(混合) 母乳 : 1日 <u>7~8</u> 回
ミルク : 1日 <u>1~2</u> 回 1回量 <u>80</u> ml
離乳食 : 1日 <u>3</u> 回

兄 5才
本人
[ 兄弟がない場合は左端に「本人」と記入して下さい ]
<b>家族歴</b>
[ 同居の家族の方でB型肝炎などうつる病気の方がありましたら下記にご記入下さい。 ]
なし・あり (祖父 B型肝炎)

今までにかかった病気があれば○をつけて下さい

麻疹(はしか) 水痘(水ぼうそう) 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)  
 風疹(三日ばしか) 突発性発疹 百日咳 薬疹( )  
 アレルギー(喘息・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎) ※薬の名前  
 その他(入院した病気等)( **卵アレルギー 川崎病 など** )  
 定期的に治療している病気・内服している薬 (心臓病など )

## 予防注射

※(乳幼児の方はご記入ください。小学生以上の方はわかる範囲でお願いします。)

ヒブワクチン (未・1回・2回・ <input checked="" type="radio"/> 3回・追加)	ロタウイルスワクチン(未・1回・ <input checked="" type="radio"/> 2回・3回)
肺炎球菌ワクチン(未・1回・2回・3回・ <input checked="" type="radio"/> 追加)	B型肝炎ワクチン(未・1回・2回・ <input checked="" type="radio"/> 3回)
三種混合(DPT) (未・1-1・1-2・1-3・1-追加・II)	BCG(未・ <input checked="" type="radio"/> 済)
四種混合(DPT-IPV) (未・1-1・1-2・ <input checked="" type="radio"/> 1-3・1-追加)	
ポリオ (未・生ワクチン1回・2回 : 不活化ワクチン 1回 2回 3回 追加)	
MR(麻疹風しん混合) (未・ <input checked="" type="radio"/> 1期・2期)	
日本脳炎 (未・1-1・1-2・1-追加・II)	
子宮頸がんワクチン (未・1回・2回・3回)	
水ぼうそう (未・ <input checked="" type="radio"/> 1回・2回)	流行性耳下腺炎 (未・ <input checked="" type="radio"/> 1回・2回)